Ein Fall

von

Uterus bicornis

mit einseitiger

Pyometra und Pyocolpos.

Inaugural-Abhandlung

zur Erlangung

der

Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie

unter dem Præsidium

von

Dr. **Johann Säxinger**

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der geburtshilflichen und gynäkolog. Klinik

vorgelegt von

Karl Magenau

aus Stuttgart.

Tübingen, 1872.

Druck von Heinrich Laupp.

Bei Gelegenheit der Veröffentlichung dieser Arbeit spreche ich allen meinen verehrten Herren Lehrern auf der Tübinger Hochschule für das mir stets erwiesene Wohlwollen meinen wärmsten Dank aus; insbesondere bezeige ich denselben Herrn Professor Dr. Säxinger für die gütige Ueberlassung des vorliegenden Falls, und für die, bei dessen Bearbeitung mir zu Theil gewordene Unterstützung. Speciellen Dank schulde ich auch Herrn Professor Dr. v. Bruns für die freundliche Ueberlassung der Krankengeschichte über die Zeit, welche Patientin auf der chirurgischen Klinik zubrachte.

Die Veranlassung zu vorliegender Arbeit gab mir ein interessanter Bildungsfehler des Uterus, welcher auf der hiesigen gynäkologischen Klinik zur Beobachtung kam. Herr Professor Dr. Säxinger hat mir die Veröffentlichung desselben gütigst überlassen, nachdem ich längere Zeit hindurch den Fall selbst genau zu beobachten Gelegenheit hatte.

Die Verdoppelung des Uterus mit oder ohne gleichzeitige Verdoppelung der Vagina ist, wie aus der grossen Zahl von Fällen in Kussmaul's ausgezeichnetem Werk über den Mangel, die Verkümmerung und die Verdoppelung der Gebärmutter (Würzburg 1859) gesammelt sind, hervorgeht, keine allzugrosse Seltenheit; auch finden sich in der Literatur schon mehr als ein Dutzend Fälle aufgezeichnet, bei welchen neben der Verdoppelung des Uterus noch ein andrer Bildungsfehler, die Atresie der einen Uterushälfte vorhanden war. Die ersten Fälle dieser Art sind bei Sektionen meist zufällig gefunden worden, während in den letzten 10 Jahren eine Anzahl derselben im Leben richtig erkannt und mit gutem Erfolg behandelt wurden. Die älteren in der Literatur verzeichneten Fälle stellen einseitige Hämatometren dar, welche früher oder später nach dem Beginn der Menstruation Krankheitserscheinungen hervorriefen; die 2 neuesten von Prof. Breisky in Bern beschriebenen Beobachtungen sind Fälle von Pyometra und Pyocolpos, welche gleichfalls aus einer früher vorhandenen Hämatometra und Hämatocolpos hervorgegangen sind. An diese beiden Fälle schliesst sich unser Fall genau an, indem er gleichfalls ursprünglich eine einseitige Hämatometra und Hämatocolpos darstellte, der sich erst nach der Operation derselben in einen Pyocolpos und Pyometra verwandelte. Zwar bin ich nach den genauen Beschreibungen dieser Affektion von Simon, Veit, Schröder, Breisky nicht im Stande neue

diagnostische, pathologisch-anatomische und therapeutische Gesichtspunkte aufzustellen, allein ein grosser Theil der von ihnen angegebenen pathognomonischen Merkmale werden durch unsern Fall ihre volle Bestätigung finden. Zugleich lässt der Umstand, dass unser Fall von Beginn an bis zu seiner radikalen Heilung auf der Klinik beobachtet werden konnte, die Diagnose durch wiederholte, zu verschiedenen Zeiten vorgenommene exacte Untersuchungen zweifellos sicher zu stellen war, es wohl begründet erscheinen, eingehend diese bedeutungsvolle Affektion zu schildern, um so mehr, als dieselbe richtig erkannt auf operativem Wege völlige Heilung zulässt. Dass der anscheinend geringe Eingriff alle Gefahren der Operation bei einfacher Hämatometra theilt, lehren mehrere später angeführte tödtlich abgelaufene Fälle.

Ich will zuerst eine nach der Zeit der gemachten Beobachtung angeordnete Zusammenstellung aller bis jetzt bekannten, vollkommen sicheren Fälle geben, und dann die Beschreibung des von mir beobachteten Falles folgen lassen.

1. Fall. Er wurde beobachtet von Leroy und von demselben im Journ. des connaiss. médic. Fevrier 1835 beschrieben. Kussmaul theilt ihn in dem obengenannten Werke folgendermassen mit:

Leroy sah bei Verschliessung des rechten Gebärmutterhorns am Halse eine Geschwulst durch das zurückgehaltene Menstrualblut entstehen, welche sich fast bis zum Nabel erstreckte und genau dem Uterus im sechsten Monate der Schwangerschaft glich. Bei jeder Menstrualperiode steigerte sich der heftige Schmerz in der Gegend des Uterus und der Vagina. Durch horizontale Lage wurde der Schmerz gemindert. Die fluctuirende Geschwulst füllte die Höhle des kleinen Beckens fast ganz aus; erst nachdem durch den Troikar und mittelst eines Messers, welches die Stichwunde erweiterte, eine grosse Menge Blut entleert worden war, konnte man den Uterus sammt seinem Muttermunde (d. h. das linke unten offene Horn, nach Kussmaul) im oberen Theile der Scheide fühlen. — Die 19 Jahre alte, seit Kurzem verheirathete Frau starb an Peritonitis in Folge der Operation. Man fand das rechte Horn bedeutend verdickt und vergrössert; es bildete eine sehr grosse Tasche, die angefüllt in die Scheide und nach oben bis zum Nabel gereicht hatte.

2. Fall. Von Décès im Bulletin de la société anatom. Juillet 1854 beschrieben und von Schröder in seinen kritischen Untersuchungen über die Diagnose der Hämatocele retrouterina etc., Bonn 1866, ausführlich mitgetheilt.

Er betrifft ein Mädchen von 16 Jahren, welches früher stets gesund gewesen und seit einem Jahr menstruirt war. Bei jeder Periode hatte sie lebhafte Schmerzen im Kreuz und in der Gegend der Symphyse. Seit 8 Monaten bemerkte sie in der linken regio iliaca die Entwicklung einer harten, leicht beweglichen Geschwulst, die langsam aber beständig zunahm, zur Zeit der Menstruation anschwoll und schmerzhaft wurde. Nach derselben verschwanden die Schmerzen, allein der Tumor blieb jedesmal etwas grösser zurück, als er vor der Periode gewesen war.

Bei ihrer Aufnahme in das Hospital la Riboissière bot sie das Bild blühender Gesundheit dar, nur litt sie seit einigen Monaten an einer hartnäckigen Stuhlverstopfung. Die Untersuchung des Unterleibes ergab eine leichte Hervorwölbung der linken Unterbauchgegend, ausserdem fühlte man unmittelbar unter den Bauchdecken einen Tumor von der Grösse einer grossen Mannsfaust, ein Dreieck mit abgerundeten Winkeln darstellend. Er reichte nach innen bis etwa 2 Ctm. von der Linea alba, nach aussen fast bis zur linken Spina ilei, nach unten schien er mit dem Poupart'schen Bande verschmolzen zu sein. Der obere Theil liess sich gegen das kleine Becken hin verschieben, der untere dagegen war unbeweglich. Der jungfräulichen Genitalien wegen wurde nur per anum untersucht, wobei, soweit der untersuchende Finger reichte, ein ziemlich schmerzloser, harter Tumor durch die vordere Wand des Rectum zu fühlen war.

Nach einigen Wochen liess sich in dem Tumor Fluctuation nachweisen, worauf derselbe von der Scheide aus an seiner tiefsten Stelle punctirt wurde. Es floss eine fötid riechende, chokoladefarbige Masse von Syrupconsistenz ab, welcher Ausfluss 2 Tage lang anhielt. Schon am Abend nach der Punktion stellte sich Frost, Fieber, Erbrechen ein, und die Patientin starb nach 4 Tagen unter den Erscheinungen einer Peritonitis.

Bei der Sektion fanden sich in der Bauchhöhle etwa 200 Grammes einer Flüssigkeit, welche der bei der Punktion ausgeflossenen

ähnlich, aber nicht so dick war. Dieselbe stammte aus einer auf der linken Seite gelegenen Tasche, deren Grösse sich nicht mehr genau schätzen liess. Diese Tasche schien durch den Pavillon der linken Tuba gebildet zu sein und zeigte zugleich zahlreiche, alte Adhäsionen mit den umgebenden Organen besonders mit dem Rectum. In der Wand dieses cystenartigen Hohlraums, welcher durch dünne Scheidewände in mehrere mit einander communicirende Taschen getheilt war, fand sich eine Oeffnung von $1^1/_2$ Ctm. Durchmesser.

Von Peritonitis waren nur Spuren vorhanden: Der Uterus stellte sich als ein hochgradiger Uterus bicornis dar. Das rechte Horn war kleiner als normal, das linke dagegen etwas voluminöser und enthielt denselben Inhalt wie obige Cyste. In der Höhle des linken Uterushorns zeigte sich an der Vereinigungsstelle des oberen Randes mit dem linken eine runde Oeffnung, die einer erweiterten Tubenmündung ganz ähnlich sah. Eingeblasene Luft gelangte durch einen der rechten Tuba ähnlich verlaufenden Gang in die oben erwähnte Cyste, vor welcher derselbe sich trichterförmig erweiterte. Unten und nach innen von der Cyste lag das Ovarium als kleiner, weisslicher Körper.

Das rechte Uterushorn mündete in eine normale Scheide, während die dem linken Horn angehörige Scheide beträchtlich dilatirt war und etwas unterhalb der angelegten Punktionsöffnung blind endigte. Eine Communikation zwischen Uterus und Vagina des rechten mit denen der linken Seite war nirgends zu entdecken.

Nach Schröder sind in der französischen Literatur ausserdem 2 Fälle von Gallard in der Discussion sur les hématocèles periuterines der société anatom. de Paris erwähnt. Derselbe will 2 Fälle von halbseitiger Hämatometra mit Rückfluss des Blutes durch die Tuben gesehen haben, über welche jedoch nichts Weiteres aufzufinden ist.

Rokitansky veröffentlichte in der Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien, 1859 Nr. 33, 2 Fälle von »Atresie des Uterus und der Vagina bei Duplicität derselben.« Der erste Fall stammt von einer 24jährigen unentwickelten Person her, die im Jahr 1833 an den Folgen einer Herzdilatation starb.

»Der Uterus ist ein Bicornis; besteht aus 2 Hälften, die in der Höhe der Orificia interna mittelst einer den Fundus repräsen-

tirenden Commissur verbunden sind. Der linke ist ein schlanker, dünnwandiger, konischer, nach links geneigter halber Uterus, der mit einer entsprechend zarten papillenartigen Vaginalportion in die Scheide eingepflanzt ist, und zwar so excentrisch, dass man bei der Betrachtung des Vaginalgewölbes eine symmetrische rechte Vaginalportion vermisst. Der rechte ist im Vergleich zum linken sehr gross, sowohl dickwandig wie auch in seinem Cavum erweitert. Insbesondere ist sein Cervicaltheil überwiegend nach aussen rechts hin zu einer 1 Zoll Durchmesser haltenden dünnwandigen Kapsel ausgedehnt, an der man jede Spur einer Einmündung in eine Vagina vollständig vermisst. Das obgedachte Vaginalgewölbe haftet am unteren und inneren Umfang dieser Kapsel, streicht aber völlig glatt an ihr vorüber. Die Innenfläche des ausgedehnten Cervix ist allenthalben narbig. Er enthielt gleich dem Cavum uteri eine schleimig eitrige, glutinöse, bräunliche Flüssigkeit. Von der Spitze eines jeden dieser Uterushälften geht eine Tuba aus, der ihr Ovarium anhängt. Das rechte Ovarium ist sammt der Tuba auf die Hinterwand des Uterus umgeschlagen und daselbst angeheftet. Beide Ovarien sind sehr klein, glattrundlich, sehr dicht; in deren Peripherie sassen spärliche, kaum hirsekorngrosse Follikel — eine Narbe liess sich nirgends entdecken. Die rechte Niere fehlte, die linke war um die Hälfte kleiner, ihr Ureter erweitert. Ein Menstrualabfluss war der Aussage der Kranken und dem übereinstimmenden Ovarienbefunde nach bisher nicht dagewesen.

Der zweite Fall, den Rokitansky auch in seinem Handbuch der pathologischen Anatomie (Band III, pag. 503, 1842) kurz anführt, betrifft ein 15 Jahre altes, noch nicht menstruirtes Mädchen, welches im Januar 1838 an Lungentuberkulose starb.

»Der Uterus besteht aus zwei divergirenden, sehr zarten, schlanken, spindelförmigen Hälften, welche in der Gegend der Orificia interna mittelst einer fundusartigen Commissur unter einem stumpfen Winkel zusammentreten. Von dem Fundus geht ein Septum herab, welches sich in die Vagina fortsetzt, so dass jeder Cervix in einen Scheidencanal gesondert einmündet. Von den beiden Scheidencanälen ist der linke weiter, seine Schleimhaut zeigt stark entwickelte Runzeln, und er reicht in die Schamspalte herab, wo ihn ein einfacher Hymen verschliesst. Der rechte ist enger,

seine Innenfläche beinahe glatt und er endigt immer enger werdend, etwa in der Mitte der ganzen Scheidenlänge mit einem stumpfspitzigen blinden Ende. Unterhalb dieser Stelle erweitert sich alsbald der linke nach rechts zu einem einfachen Canal. Das von dem Septum cervicis fortgesetzte Vaginalseptum weicht als solches alsbald und stetig in seinem Verlaufe von der Medianlinie nach rechts ab, bis es, wie oben angegeben, in der Mitte der Scheidenlänge an die seitliche Wand der Vagina gelangt und sich daselbst inserirt. Dieses Verhalten des Septum vaginae bedingt, dass der rechte Scheidencanal von oben nach abwärts immer enger wird, und endlich sich an der obengedachten Stelle schliesst. Von der Spitze einer jeden Uterushälfte geht eine Tuba aus, welcher ihr Ovarium anhängt: Die Ovarien klein, lang, glatt, ohne Narben. Die rechte Niere mangelt, die linke war gross und trug ihren Hilus nach vorne.«

Einen dritten Fall beschreibt Rokitansky gleichfalls in obiger Zeitschrift 1860, Nr. 31, pag. 481.

»Am 11. Juli l. J. wurde die Leiche einer 24 Jahre alten Weibsperson secirt, über deren Kranksein folgendes eruirt wurde. Die Kranke gab bei der Aufnahme im allgemeinen Krankenhaus am 30. Dec. 1858 an, vor zwei Jahren einen Sturz in einen Eiskeller erlitten zu haben, worauf sie längere Zeit mit Schmerzen im Unterleib bettlägerig gewesen und die Menses durch ein Jahr ausgeblieben seien. Diese kämen seitdem wieder, hätten jedoch wieder aufgehört, wobei sich allmälig ein blennorrhorischer Ausfluss aus der Scheide eingestellt hätte. Bei der Untersuchung fand man eine Verflachung des Scheidengewölbes links, übelreichenden Ausfluss, schmerzhaftes Hypogastrium. Die Verflachung des Scheidengewölbes wurde später ein protuberirender Wulst; es traten anfallsweise heftige Kreuzschmerzen, Schmerzen in der linken Hüfte und im Gesässe ein. Im Nov. 1859 stellte sich ein Frostanfall bei der bis daher gut aussehenden Patientin ein. Am 4. Febr. 1860 verliess sie das Krankenhaus, kam aber bald wieder; die Schmerzen waren bei der äusseren und inneren Untersuchung stärker, der Ausfluss profuser, dabei traten zeitweilig die Menses ein. Am 23. Juni stellten sich Frostanfälle ein mit heftigem Fieber, welches den Tod am 10. Juli herbeiführte.

Sektionsbefund: In der Bauchhöhle 5 — 6 Pfund trüber, schmutzig graulich grünlicher, purulenter Flüssigkeit, das Bauchfell stellenweise geröthet, injicirt, im Hypogastrium trübe und nussfarbig. Links im Hypogastrium fand sich bei der Eröffnung des Unterleibs ein in seinen Wänden auseinanderweichender und vielfach destruirter Jaucheherd, welcher seinen Inhalt in das kleine Becken ergossen hatte. Seine vordere Wand bildete die Bauchwand bis unter das Leistenband, deren vom Peritoneum entblösste aponeurotische und musculöse Strata tief verjaucht waren. Seine hintere Wand bildete die vordere (äussere) Lamelle des Gekröses des schräg über den Beckeneingang nach rechts hin lagernden oberen Schenkels der S-krümmung, mit einem an ihr und nach innen an der rechten Hälfte eines Uterus bicornis, ferner an der Tuba haftenden morschen Residuum eines Sackes, welcher sich als die hintere Wand eines Ovariumabscesses linker Seite auswies, der ursprünglich den Umfang eines Enteneies gehabt haben mochte. Von der exulcerirten vorderen Wand dieses Herdes her, waren die subperitonealen und intermusculären Bindegewebsstraten der Bauchwand im ganzen Hypogastrium und von ihnen aus weiter die Scheide der Cruralgefässe bis in's Trigoneum herab, ferner das subperitoneale Bindegewebe am Scheitel und an den Seitenwänden der Harnblase infiltrirt; das retroperitoneale Binde- und Fettgewebe links im kleinen Becken und längs des Rectum in das Gekröse der S-Schlinge herauf verdickt, verdichtet und von angeschwollenen Lymphdrüsen durchsetzt.

Der Uterus war ein mit einem vollständigen Septum versehener Bicornis, dessen Commissurenstück 1 Zoll unter den Tubarinsertionen lag. Die rechte Uterushälfte mass von der Spitze zum Orificium ext. 3 Zoll, und war in der Wand ihres Körpers etwa 4 Linien dick. Sie mündete mit einem normalen jungfräulichen Orificium in eine einfache nussfarbige Scheide. Die linke Uterushälfte war grösser, ihr Körper bei einer gleichen Dicke seiner Wand mit jener der rechten mässig, dagegen der Cervix zu einer 9 Linien im Durchmesser haltenden, in ihrer Wand 3 Linien dicken Kapsel erweitert, welche eine schmutzig gelbliche, dickliche Jauche enthielt und deren Innenfläche von zahlreichen vernarbten Erosionen uneben, schmutzig bläulich grau erschien. Diese Kapsel bildete nach der

der rechten Uterushälfte angehörigen einfachen Vagina herein, eine deren Gewölbe links hereindrängende, fluctuirende Protuberanz. Von dem tiefsten Punkte dieser Kapsel bis zur Höhe herauf mass diese Uterushälfte bei 4 Zoll, wovon 2 Zoll 3 Linien auf den erweiterten Cervix kamen. An der inneren das Septum der beiden Uteri constituirenden Wand fand sich eine kleine grubige Ausbeugung und in deren Tiefe ein für eine dünne Sonde durchgängiges Loch, durch welches man etwa 6 Linien über dem Orifi. ext. in den Cervix der rechten Uterushälfte gelangte. Das linke Ovarium in der oben angegebenen Weise destruirt, die Tuba gewulstet. Das rechte Ovarium klein mit spärlichen zarten Narben bezeichnet, einige kleine, etwa hirsekorngrosse, und zwei grössere, etwa erbsengrosse Follikel enthaltend, die Tuba normal.«

Der 6. Fall wurde beobachtet von Dr. Beronius in Fahlun. Er ist mitgetheilt in der preussischen Medicinalzeitung 1862, Nr. 33. Ich entnehme ihn Schröder's Abhandlung:

Er betrifft eine Person von 21 Jahren, von kräftiger Constitution. Die Menses hatten sich im 18. Jahr eingestellt, waren aber seitdem unregelmässig und jedesmal unter heftigen Schmerzen im Unterleib und in den Beinen wiedergekehrt. Bei ihrer Aufnahme gab sie an, dass sie seit 3 Wochen an einem heftigen nach den Schamtheilen hin drängenden Schmerz leide. Die Palpation durch die Bauchdecken ergab nichts Abnormes, dagegen fühlte man per vaginam schräg oben und rechts durch die ganze Länge der Scheide einen resistenten, länglichen, fast cylindrischen Körper, der bei Druck sich nicht schmerzhaft zeigte. Der Muttermund war weit hinten links zu fühlen. Am Introitus vaginae, wo in dem Tumor Fluctuation wahrnehmbar war, wurde eine Oeffnung angelegt, durch welche man mit dem Finger in eine Höhle mit festen, rauhen Wänden gelangte. Es entleerte sich eine grosse Menge zersetzten Blutes, worauf sich Patient auf einmal ganz schmerzfrei fühlte.

Ohne bekannte Ursache erkrankte Pat. am 5. Tag nach der Operation unter dem Gefühl, als ob etwas in ihrem Unterleib zerrissen sei, an einer heftigen Peritonitis, der sie nach 36 Stunden erlag.

Die Sektion ergab einen Uterus bicornis mit einer Scheide-

wand, welche sich vom Fundus bis zur Vaginalmündung erstreckte. Die linke Uterushälfte hatte eine kurze, normal gegen die Scheide geöffnete Vaginalportion; die rechte dagegen zeigte nur einen angedeuteten, durch das angesammelte Blut fast verstrichenen Vaginaltheil, so dass die rechte Höhle mit der nach aussen verschlossenen Vagina einen gleichförmigen Canal bildete. Die Wandung der rechten Hälfte war fast doppel so dick als die der linken. Das linke Ovarium zeigte keine Abnormität, das rechte dagegen bildete durch Verschmelzung mit dem ostium abdominale der rechten Tuba und mit den umgebenden Theilen eine abgekapselte Höhle, welche ihren aus stagnirtem Blut bestandenen Inhalt durch eine Ruptur in der hinteren Wand in die Bauchhöhle entleert hatte.

Ein 7. Fall von Atresie der einen Hälfte eines doppelten Uterus, bei welchem in Folge des Bildungsfehlers der Tod eintrat, wird von Tüngel in seinen klinischen Mittheilungen aus dem Hamburger allgemeinen Krankenhaus 1860 erwähnt.

Die Menstruation war aus der offenen Uterushälfte stets regelmässig gewesen. Pat. 43 Jahre alt, kam mit der Notiz, dass sie an Ovariencysten leide ins Krankenhaus. Die Untersuchung des Leibes liess zwei rundliche ovale, gespannte Tumoren durchfühlen, von denen, wie die Sektion zeigte, der rechts gelegene kleinere, das von Blut ausgedehnte Horn des Uterus, der andere die ausgedehnte Blase war. Die ausgedehnte Uterushälfte verschloss den Beckeneingang fast vollständig; eine Niere fehlte.

Ein 8. Fall ist von Simon in der Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, Band 24, 1864, S. 292 beschrieben. Er hat sein besonderes Interesse dadurch, dass es der erste Fall war, der mit Sicherheit an der Lebenden diagnosticirt und mit vollständigem Erfolg behandelt wurde.

Fräulein S., 15 Jahre alt, wurde wegen einer Geschwulst an den Genitalien im März 1864 in das Rostocker Krankenhaus aufgenommen. Die Menstruation hatte sich ein Jahr vorher eingestellt, war aber nach dreimaliger Wiederkehr ausgeblieben, und seit dieser Zeit hatte sich eine Geschwulst entwickelt unter heftigen Schmerzen im Unterleib und Kreuz, Ziehen in den Schenkeln und erschwertem Urinlassen. Etwa 8 Wochen nach dem ersten Auftreten der Geschwulst war plötzlich eine profuse Blutung aus den

Geschlechtstheilen erfolgt, worauf bedeutende Erleichterung eintrat. Allein die Schmerzen traten später wieder auf, begleitet von starken und häufigen Blutungen, welche die Pat. sehr von Kräften brachten.

Bei der Untersuchung zeigte sich zwischen den grossen Schamlippen das abgerundete Ende einer schmerzlosen, bläulich durchschimmernden, stark fluctuirenden Geschwulst, welche auf der linken Seite ihren Sitz hatte und sich tief in die Scheide hinein fortsetzte. In der Chloroformnarkose gelang es, mit dem Finger bis zum Muttermund einzudringen, welcher sich als eine kleine, schlitzförmige, von vorn nach hinten verlaufende Oeffnung darstellte. Die Sondirung des Uterus ergab keine Vergrösserung desselben.

Nach einer Incision von 1 Zoll Länge in das unterste, am meisten vorragende Ende der Geschwulst flossen 200 Grammes dunklen, zähflüssigen Blutes ab, und der eingeführte Finger fühlte am Ende des langen Kanales eine kleine Hervorragung mit einer rundlichen, etwa erbsengrossen Oeffnung, dem zweiten Muttermund. Der Uterus selbst hatte an der Ausdehnung nicht Theil genommen.

Der Verlauf nach der Operation war ein vollständig günstiger und Pat. konnte nach 12 Tagen entlassen werden. Die Menstruation stellte sich von da an regelmässig ein und alle Beschwerden waren verschwunden.

Der 9. Fall, der in der Veit'schen Klinik zu Bonn beobachtet wurde, und Schröder zu seinen kritischen Untersuchungen über Hämatocele retrouterina etc. veranlasste, ist folgender:

N. N., 19 Jahre alt, von mittlerer Grösse, für ihr Alter wenig entwickelt. In Schultern und Hüfte, sowie im Gesicht zeigt sie eine mehr als gewöhnliche Breite. Mit 17 Jahren war die Menstruation eingetreten; sie erfolgte zwar unregelmässig, allein ohne Beschwerden. Im vollen Besitz ihrer Kräfte war sie stets ihrer Arbeit nachgegangen, bis sie im Juli 1865 plötzlich eines Nachts unter den heftigsten Schmerzen im Unterleib erwachte. Am folgenden Morgen war sie nicht im Stande zu uriniren, so dass sie katheterisirt werden musste. Später konnte sie wieder von selbst uriniren, allein stets unter Schmerzen, und auch beim Stuhlgang waren mitunter heftige Schmerzen vorhanden. Seit jener Zeit hatte Pat. eine Geschwulst zwischen den Schamlippen bemerkt, welche stetig zunahm, während sie ein periodisches zur Zeit der Menstrua-

tion eintretendes stärkeres Wachsthum bestimmt in Abrede stellte.

Bei einer im Januar 1866 vorgenommenen Untersuchung zeigte sich zwischen den Labien ein rundlicher, reichlich vascularisirter, aber nicht bläulich durchschimmernder Tumor, der von der rechten Seite ausging. Links war der freie, etwas eingekerbte Rand des Hymen sichtbar, während er nach rechts auf den Tumor überging, der hier die beiden Schleimhautflächen des Hymen völlig auseinander gefaltet hatte. Die Geschwulst war etwa gänseeigross und zeigte deutliche Fluctuation. Nur mit Mühe liess sich hoch oben in der Scheide der kleine Muttermund erreichen, der eine nach rechts offene hufeisenförmige Spalte darstellte. Links war ein normales Scheidengewölbe vorhanden, während die Geschwulst sich rechts unmittelbar auf die Vaginalportion fortsetzte. Aeusserlich ging dieselbe bis in die Höhe des Nabels.

Die Eröffnung bestätigte vollständig die von Veit vorher mit Bestimmtheit gestellte Diagnose auf Uterus und Vagina duplex mit Atresie und Verhaltung des Menstrualblutes der rechten Seite. Durch die angelegte Oeffnung gelangte man mit dem Finger an den sehr erweiterten Muttermund und an den sich als eine deutliche ringförmige Verdickung darstellenden Cervix. Das ergossene Blut betrug über ein Pfund.

6 Wochen nach der Incision konnte Pat. entlassen werden. Die angelegte Oeffnung war noch zur Noth für den Finger durchgängig, dabei fand sich der rechte äussere Muttermund noch offen, der innere geschlossen. Das rechte Uterushorn war etwas länger und massiger als das linke. Die Distanz zweier in beide Uterushörner gleichzeitig eingeführter Sonden betrug über 2 Zoll.

Einen 10. Fall erwähnt Veit in seinem Werk über die Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane II. Aufl. in Kürze: «Die Exploration wurde in dem Falle durch profuse aashaft stinkende Abgänge veranlasst. Das rechte Horn mündete in einen kurzen Blindsack, der eine Oeffnung hatte, welche das Menstrualblut nur schwer und unvollständig entleerte, aber den Zutritt der Luft zu dem verhaltenen Blute gestattete.»

Ein 11. Fall, von Churchill in Dublin beobachtet, ist in der Monatsschrift für Geburtskunde 1867 XXX. p. 180 als nicht näher beschrieben angegeben.

Der 12. Fall, von R. Jones beobachtet, ist ebendaselbst folgendermassen beschrieben: Eine 17jährige Dame hatte seit 3—4 Jahren Molimina menstrualia, sowie unregelmässige spärliche Menses gehabt. Jones fand am 11. Mai 1865 einen gespannten elastischen Tumor, der von rechts her in die Vagina ragte und an welchem kein Orificium wahrzunehmen war. Eine Probepunction ergab dunkeln, dickflüssigen Inhalt, worauf sich durch Incision eine Pinte retinirtes Menstrualblut entleerte. Am 31. Mai starb die Kranke durch eine intraperitoneale Ruptur. —

Bei der Sektion stellte sich heraus, dass zwei getrennte Orificien in eine einfache Scheide mündeten. Das linke Uterushorn war normal und hatte im Cervix einen deutlichen Arbor vitae. Das rechte Orificium, an welchem sich noch Reste der künstlich geöffneten Membran befanden, führte in einen enorm ausgedehnten rechten Cervix. Die Höhle des rechten Horn war gleichfalls stark vergrössert. Beide Tuben waren permeabel.

Das rechte Ovarium und Ligam. uteri lat. war zu einer Geschwulst umgewandelt, die durch Berstung den tödtlichen Erguss in die Beckenhöhle verursacht hatte.

Der 13. Fall ist von Holst in seinen Beiträgen zur Gynäkologie I. pag. 68 beschrieben. Ich entnehme ihn gleichfalls der Monatsschrift für Geburtskunde.

P., 42 Jahre alt, war im 27. Jahre unter Beschwerden zum ersten Male menstruirt. Seit der Zeit unregelmässige, sparsame Menstruation und Schmerz in der rechten Leistengegend.

Die äusseren Genitalien waren normal, ebenso die Vagina. Im Scheidengewölbe rechts ein halbkuglig herabragender, fluctuirender Tumor, links an einer kaum angedeuteten Portio vaginalis ein kleiner, enger Muttermund. Durch den Canalis cervicalis liess sich die Sonde $2^1/_2$" tief in das linke Horn einführen. Der Tumor (das rechte Horn) reichte bis 3" über die rechte Schamfuge cylinderförmig hinauf, war derb, abgerundet, und hatte an seinem oberen Ende einen kleineren, eigrossen Tumor aufsitzen (die erweiterte Tube). Zwischen beiden Hörnern eine $^3/_4$" lange Mittelparthie. 17 Tage nach Punktion des Tumors und Entleerung des retinirten Menstrualblutes erfolgte der Tod.

Ein 14. Fall ist von Passauer in der Berliner klinischen

Wochenschrift, 1867, Nr. 26 beschrieben. Er betraf einen Uterus bicornis mit rechtsseitiger Hämatometra, welche 3mal punktirt wurde: Das 17jährige Mädchen menstruirte im 16. Jahre zum erstenmale und schmerzlos, die Periode trat jedoch sehr unregelmässig auf. Allmälig stellten sich immer heftiger werdende Schmerzen in der Unterbauchgegend ein, die vorzüglich in der rechten Seite ihren Sitz hatten, woselbst sich eine runde, bei Berührung schmerzhafte Geschwulst entwickelte, welche herab in die Scheide reichte und die rechte Seite derselben bis $^1/_2$ Zoll vom Introitus vaginae ausfüllte und per rectum sehr deutlich als fluctuirende Geschwulst fühlbar war. Nach 3maliger Punktion der Geschwulst, wobei sich stets theerartiges geruchloses Blut entleerte, war es möglich, genau die Diagnose auf Uterus bicornis zu stellen, wobei es in der einen Hälfte zur Ansammlung des Menstrualblutes im Scheidenblindsack und Uterus gekommen ist. Nach der 3. ausgiebigen Incision trat völlige Heilung ein.

Der 15. Fall wurde von Olshausen im 1. Heft des 1. Bandes des Archivs für Gynaekologie veröffentlicht. Es war ein Uterus duplex mit Haematometra uteri sinistri, wo nach zweimaliger Punktion Heilung eintrat und 3 Schwangerschaften zu Stande kamen, während welcher der linke Uterus sammt dem Ovarium in einem Inguinalbruch fühlbar waren. Bei dem 20jährigen Mädchen traten ohne Schmerzen im 19. Jahre die menses ein; dieselben waren jedoch unregelmässig. Bald stellten sich in der Unterbauchgegend Schmerzen ein, die Anfangs zur Zeit der Menses nur vorhanden waren, allmälig immer intensiver wurden und ohne Nachlass anhielten. Bei der Untersuchung fand man links in der Unterbauchgegend einen kuglichen Tumor von der Grösse eines 3—4monatlich schwangeren Uterus, welcher wenig schmerzhaft und gleichmässig elastisch gespannt war. Dieser Tumor füllte das kleine Becken fast vollständig aus und reichte an der vordern Wand der Scheide bis $2^1/_2$ Cent. von dem Introitus vaginae entfernt herab. Ein Muttermund und Vaginalportion waren nirgends nachzuweisen. Nach hinten sass dem Tumor rechts eine dünne Falte auf, in welcher eine Vertiefung nachweisbar war, durch die man eine Sonde 3 Cent. tief einführen konnte. Die Falte glich einem in der Geburt feinrandig gewordenen Muttermund. Olshausen stellte vor

der Punktion die Diagnose auf Uterus bicornis mit Verschluss der linken Seite, und machte dreimal die Punktion, wobei zweimal theerartiges Blut in der Menge von 60—90 Grm. ausfloss. Nach überstandener Peritonitis verliess die Person geheilt die Klinik. Nach 6 Jahren kam sie wieder auf die Klinik, sie hatte unterdessen geheirathet und ein lebendes Kind in einer Fusslage und ein zweites ebenfalls lebendes in einer Gesichtslage geboren. Bei der Aufnahme in die Klinik war sie abermals schwanger und zwar im vorletzten Monat. Ausser der Schwangerschaft im rechten Horn fand sich eine linkseitige Leistenhernie vor, welche Patientin schon vor ihrer ersten Schwangerschaft acquirirte und in welcher deutlich das linke Horn des Uterus und dessen Ovarium zu tasten und sehr leicht zu reponiren waren. Nach der Reposition waren diese Organe per vaginam jedoch nicht zu tasten. 3 Wochen nach der ersten Untersuchung kam die Schwangere so rasch mit einem lebenden Kinde nieder, dass die Hebamme das Kind schon geboren fand. Bei der 5 Wochen später vorgenommenen Untersuchung zeigte sich der rechte Uterus anscheinend völlig zurückgebildet, während der linke sammt dem Ovarium nicht mehr im Bruchsacke lag, der mit Darmschlingen ausgefüllt sich jetzt präsentirte. Nach Reposition derselben fühlte man das linke Uterushorn hinter der Bruchpforte in der Bauchhöhle liegen, und es konnte bei bimanueller Untersuchung die Verbindung desselben mit dem Cervicaltheile des rechten Horns leicht deutlich nachgewiesen werden. Es gelang nicht mehr, das linke Horn in den Bruchsack zu drängen, nur konnte bei genauerem Betasten desselben bestimmt nachgewiesen werden, dass es nicht mehr so gross war, als zur Zeit der Schwangerschaft. —

Der 16. und 17. Fall sind die beiden neuesten von Prof. Breisky beobachteten Fälle von ursprünglicher Hämatometra und nachheriger Pyometra und Pyocolpos lateralis. Der erste ist beschrieben im Archiv für Gynäkologie Band II, Heft I, pag. 85.

M. V., im Kanton Aargau geboren, hatte als Kind öfters ohne Veranlassung an Bauchschmerzen gelitten, war aber, obwohl immer etwas bleich und schlecht genährt aussehend, nie erheblich krank gewesen. Von ihrem 16. Jahre an wurde sie alle 4 Wochen von krampfartigen Schmerzen im Unterleib befallen, welche vorwiegend

rechts ihren Sitz hatten und jedesmal 3—4 Tage anhielten, ohne dass sich dabei ein Ausfluss aus den Genitalien einstellte. Jedesmal trat eine Auftreibung des Unterleibes ein, die allmälig auch in der Zwischenzeit stationär blieb. Ende 1864 gesellten sich zu der schon längere Zeit bestehenden Obstipation sehr bedeutende Harnbeschwerden hinzu, besonders bei Nacht; zugleich hatte Pat. das Gefühl, als dränge sich etwas vor die Geschlechtsöffnung vor. Aus Scheu vor der Untersuchung schleppte sie sich trotz der sich immer mehr steigernden Beschwerden bis Mitte Februar 1865 herum. Eben im Begriff, einen Arzt zu consultiren, hatte sie plötzlich das Gefühl «als ob etwas springe», ohne dass sie dabei Schmerz empfand und es entleerte sich aus den Genitalien in grosser Menge eine «bleichröthliche dickliche stinkende Masse«. Sofort empfand Pat. die grösste Erleichterung und konnte ohne Schwierigkeit Harn lassen. Der bleichröthliche Ausfluss dauerte, wenn auch in geringerer Menge, 3 Wochen lang an, nachher trat er nur noch periodisch in unregelmässigen Intervallen ein. Späterhin bildete sich ein 3wöchentlicher Menstruationstypus aus, neben dem aber ein Ausfluss von rahmigem Eiter, der allmälig immer häufiger wiederkehrte, fortbestand. Stockte der Ausfluss einige Tage, so steigerten sich sofort die Beschwerden wieder. Im Frühjahr 1869 sah sich Pat. durch die wieder häufiger eintretenden Harnbeschwerden und besonders durch ihren starken «weissen Fluss» und ihre «Bleichsucht» veranlasst, ärztliche Hilfe zu suchen. Nachdem sie von 2 Aerzten ohne Erfolg innerlich behandelt worden war, wandte sie sich an Prof. Breisky.

Die Untersuchung der Kranken, die damals 26 Jahre alt und eine mittelgrosse, gedrungen gebaute Blondine war, deren rundes Gesicht keine ungewöhnliche Breite erkennen liess, ergab folgendes:

Die äusseren Genitalien durchaus regelmässig gebildet und von jungfräulicher Beschaffenheit. Durch den einfachen Hymen gelangt der Finger in eine einfache, faltige, ziemlich weite Scheide, deren vordere Wand in ihrer hinteren Hälfte von vorne und rechts her durch eine weiche, leicht compressible Geschwulst vorgewölbt wird, welche beim Druck wenig schmerzt und unter Erguss eines reichlichen, stinkenden Eiters collabirt. Im Grunde des Scheiden-

sackes erreicht man nach links und hinten dicht hinter dem vorgewölbten vorderen Laquear vaginae die kleine zapfenförmige, etwas aufgelockerte Vaginalportion, welche einen länglichrunden, grübchenförmigen Muttermund erkennen lässt.

Die bimanuelle Untersuchung ergibt, dass der kleine Uterusgrund nicht ganz zwei Querfinger über die Symphysis pubis hinaufragt, und dass unmittelbar mit dem Uterus verbunden rechts eine wenig resistente und mit dem Scheidentumor direkt zusammenhängende Geschwulst von der Grösse einer kleinen Faust besteht. Per rectum lässt sich wegen des hohen Standes des Uterus weder durch einfache noch durch bimanuelle Untersuchung mehr als der Cervix und der untere Theil des Uteruskörpers abtasten. Unter denselben fühlt man einen Theil des Scheidentumors durch und überzeugt sich gleichzeitig von der Integrität der fleischigen und knöchernen Beckenwandungen, welche an der Bildung des Tumors in keiner Weise betheiligt sind.

Bei der Specularuntersuchung constatirt Breisky, dass nur aus dem Muttermund Eiter abfliesst; ferner dass der Abscesssack bis in die vordere, sich hier mehr als rechte präsentirende, Muttermundslippe reicht, und dass der Muttermund eine halbmondförmige, mit der Concavität nach der Abscesswand gekehrte Längsspalte bildet.

Breisky neigte sich anfangs mehr der Diagnose eines perivaginalen Abscesses hin. Die therapeutische Aufgabe war jedoch offenbar für alle Fälle dem Abscess an seiner abhängigsten Stelle hinreichenden Abfluss zu verschaffen. Allein bei jedem Versuch sich das Operationsfeld mit dem Speculum zugänglich zu machen, verschwand die leicht compressible Geschwulst, unter reichlichem Eiterabfluss aus dem Muttermund. Breisky sah sich daher genöthigt, vom Muttermund aus eine Spaltung der vorderen Muttermundslippe vorzunehmen, wobei sich Eiter in reichlicher Menge ergoss; die Blutung dagegen war nur ganz gering. Das Allgemeinbefinden blieb völlig ungestört, und auch die Eitersecretion nahm ab und verlor den üblen Geruch.

Da die Incisionsöffnung jedoch nach einiger Zeit wieder zu verwachsen drohte, wurde ein Pressschwamm eingelegt, dessen ausgezeichneter Wirkung es zu verdanken war, dass sowohl die

ganze Abscesshöhle als auch die bisher für einfach gehaltene Uterushöhle deutlich ausgetastet werden konnte. Es zeigte sich eine glatte, ziemlich kuglige Höhle, welche nicht höher als der Fundus uteri hinaufreichte, und nur durch ein dünnes, fleischiges Septum von der etwas nach links abweichenden Uterushöhle getrennt war. In der Höhe des äusseren Muttermundes ging die Abscesshöhlenwand durch eine dünne fleischige Ringleiste in den vaginalen Theil über, der in der Mitte der rechten Scheidenwand blind endigte. Zu diesem Befund gesellte sich noch die direkte Beobachtung von Contractionen der rechten Uterushälfte hinzu, wodurch vollends die Diagnose des Bildungsfehlers ausser Zweifel gestellt wurde. Ueber die Beschaffenheit des Uterusgrundes gelang es nicht völlig ins Klare zu kommen, jedenfalls war die Bicornität keine hochgradige.

Breisky hielt es nun für rathsam, das ganze Vaginalseptum zu spalten, was er am 17. Dec. 1870 in folgender Weise ausführte: Die Kranke wurde in die Seitenlage gebracht und die hintere Vaginalwand mit dem Sims'schen Spekulum stark abgezogen. Br. ging nun mit 2 Fingern der linken Hand in die Vagina ein, setzte einen Finger hakenförmig in die Abscessöffnung, und spaltete das so abgehobene Vaginalseptum seiner ganzen Länge nach von oben nach unten. Ausserdem spaltete er noch das Uterusseptum mit einer Scheere, soweit es ihm ohne Gefahr ausführbar schien. Die Blutung war abermals nicht bedeutend und sistirte auf Eiswasserinjektionen. Pat. blieb nach der Operation völlig fieberfrei und konnte am 6. Januar entlassen werden. Bei der letzten Untersuchung zeigten die Knöpfe zweier gleichzeitig in beide Uterushälften eingelegter Sonden nur geringe Divergenz. Die rechte Hälfte erwies sich dabei auffallenderweise um 2 Ctm. kürzer als die linke.

Der zweite von Breisky beobachtete Fall ist beschrieben im Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte Nro. 4. Ich entnahm ihn einem Separatabdruck, den Herr Prof. Breisky Herrn Prof. Säxinger zu übermitteln die Güte hatte.

Die Aehnlichkeit des Befundes mit dem im vorigen Fall machte es Breisky möglich, schon bei der ersten Untersuchung mit aller Bestimmtheit die Diagnose zu stellen.

Der Fall betrifft ein 20jähriges Mädchen, das im 17. Jahr zum ersten Mal ohne besondere Beschwerden menstruirt hatte, worauf jedoch die Menses über ein Jahr ausblieben. Anfangs waren während dieser Zeit keine Beschwerden vorhanden, allein nach etwa 6 Monaten traten Schmerzanfälle auf, welche von der linken Unterbauchgegend ausgingen und öfters von Erbrechen begleitet waren. Abermals ½ Jahr später, Ende 1867, bemerkte Pat. zum ersten Mal eine Härte auf der linken Seite des Unterleibes und zugleich eine kleine Geschwulst in der Schamspalte. Die verschiedensten Kurversuche gegen die sich allmählig steigernden Beschwerden waren ohne Erfolg geblieben, als im März 1869 plötzlich der Abgang einer grossen Menge geruchloser, blutig gefärbter Flüssigkeit von syrupartiger Consistenz erfolgte.

Dadurch trat Erleichterung ein, und die Geschwulst in der linken Seite, welche zuvor eine bedeutende Grösse erreicht hatte, nahm beträchlich ab, verlor sich jedoch nicht vollständig. Von da an bildete sich ein vierwöchentlicher, regelmässiger Menstruationstypus aus. Die Beschwerden steigerten sich jedesmal in den Tagen vor der Menstruation und liessen dann mit ihrem Eintritt, der meist mit reichlichem Schleimabgang verbunden war, nach. Vom Juli 1870 an stellte sich statt des zähen Schleimes ein Ausfluss von dünnem, höchst übelriechendem Eiter ein, der sich zeitweilig stossweise in ziemlicher Menge entleerte. Dabei verlor Pat. den Appetit und litt häufig an Erbrechen.

Im Oktober 1870 sah Breisky die Patientin zum ersten Mal. Sie ist eine kräftig gebaute, gut genährte Brünette, von leicht anämischem Aussehen. Von ungewöhnlicher Breite des Gesichts ist nichts zu bemerken.

Die äusseren Genitalien sind durchaus regelmässig gebildet. Durch den intakten bedeutend dehnbaren Hymen gelangt der Finger in eine ziemlich weite, runzliche Scheide, deren Wandungen in ihrer oberen Hälfte von links und vorne durch einen weichen, leicht fluctuirenden unschmerzhaften Tumor halbkugelig gegen das Scheidelumen vorgewölbt werden. Die conisch geformte Vaginalportion ist nach rechts von der Mittellinie verschoben.

Durch die bimanuelle Untersuchung findet man links neben und im Zusammenhang mit dem kleinen Uterus eine über Manns-

faust grosse, kuglige Geschwulst, welche unmittelbar mit dem Scheidentumor zusammenhängt. Bei Druck ergiesst sich aus den Genitalien eine grosse Menge übelriechenden Eiters. Stülpt man den dünnwandigen untern Theil des Scheidentumors ein, so fühlt man den resistenten Rand einer kreisrunden Oeffnung von der Grösse eines Thalers, welche ohne Zweifel den erweiterten linken Muttermund darstellt.

Die Specularuntersuchung ergibt, dass sich der Eiter nur aus dem, in diesem Falle normalen, Muttermund ergiesst.

Die portio vaginalis zeigt sich asymmetrisch geformt, links ist sie entschieden dünner als rechts. Die Uterussonde dringt etwas nach rechts abweichend 5 Ctm. tief in die Höhle des Uterus ein.

Die Diagnose auf Pyometra und Pyocolpos lateraris als Folge des Durchbruchs einer linksseitigen Hämatometra in die rechte Uterushälfte konnte keinem Zweifel unterliegen.

Am 2. Februar 1871 nahm Breisky unter Leitung des Halbrinnenspeculums eine Incision des linken Scheidenblindsackes vor, und spaltete darauf mit einer Kniescheere das Vaginalseptum in seiner ganzen Ausdehnung. Auf eine erfolgreiche Spaltung des unteren Theiles des Uterinseptums musste er verzichten, weil in diesem Fall nicht wie im ersten ein einfaches Septum bis zum Muttermund ging, sondern ein völlig getrennter doppelter Vaginaltheil bestand. Es entleerten sich reichlich 2 Schoppen Eiter. Die linke Uterushälfte zeigte sich bedeutend ausgedehnt und schlaffwandig. Der äussere Muttermund war deutlich zu fühlen, der innere dagegen nicht. Contraktionen des Uteruskörpers waren diesmal nicht nachzuweisen.

Am 8. Februar trat die Menstruation ein und war wohl in Folge des noch bestehenden Reizzustandes des Uterus von heftiger Kolik und Erbrechen begleitet. Sie dauerte 4 Tage. Von da an nahm die Rückbildung der erweiterten linken Uterushälfte sowie des Scheidenrudimentes einen ungestörten Fortgang, so dass Pat. am 5. März entlassen werden konnte. Eine mässige Secretion eines geruchlosen Schleimes war um diese Zeit noch vorhanden.

Zu diesen aufgeführten Fällen von einseitiger Atresie bei Uterus duplex kommen noch 6 Fälle hinzu, welche Schröder in seiner mehrerwähnten Abhandlung anführt. Dieselben sind in

der Literatur als anteuterine Hämatocelen beschrieben, gehören jedoch seinen Ausführungen nach ohne Zweifel gleichfalls in die Reihe unserer Bildungsfehler, was um so mehr an Wahrscheinlichkeit gewinnt, als bei dem zweiten dieser Fälle, der von Prof. Hegar beobachtet worden war, von Letzterem selbst unterdessen constatirt worden ist, dass es sich in der That nicht um eine Hämatocele, sondern um eine Atresie bei Duplicität gehandelt habe (cfr. Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten Band 27, pag. 418). In Betreff des näheren Befundes und der Diagnose dieser Fälle, welche von Breslau, Hegar, Hertzfelder, Crédé und Braun beschrieben sind, verweise ich auf Schröders Abhandlung.

Ausser diesen Fällen könnte der Vollständigkeit halber noch ein Fall von Uterus duplex angeführt werden, welchen Santesson in der preuss. Vereinsztg. im Jahre 1857 beschrieb. Bei diesem Falle von Uterus duplex, der sich bei einem 18jährigen an Amenorrhoe leidenden Mädchen vorfand, waren die äusseren Genitalien wohlgebildet, die Vagina dagegen doppelt. Im Scheidengewölbe liess sich eine kugliche, ziemlich grosse Geschwulst wahrnehmen, die auch vom Mastdarm aus sich deutlich fühlen, jedoch nicht abgrenzen liess. In der Unterbauchgegend stieg dieser Tumor bis zum Nabel herauf aus dem kleinen Becken und entsprach der Lage und Form nach einem Corpus uteri.

Die Kranke litt seit 3 Jahren an periodisch wiederkehrenden immer heftiger werdenden Schmerzen im Unterleibe, während welcher Zeit sich auch diese Geschwulst ausbildete. Nach Durchschneidung der die beiden Scheiden trennenden Wand machte Santesson an dem hervorragendsten Theil der Geschwulst, an welcher nirgends ein Muttermund sich nachweisen liess, einen Einschnitt von $^1/_2$ Zoll Länge, der bis auf $^2/_3$ Zoll in die Tiefe geführt wurde, ohne dass es gelang, in die Höhle einzudringen. Das nachgiebige Gewebe der Wunde wurde mit einem weiblichen Katheter vollends durchdrückt, worauf dieses Instrument in eine Höhle gelangte, ohne die entgegengesetzte Wand derselben zu berühren. Die Operirte starb 7 Tage später an Peritonitis. Die Sektion ergab einen aus zwei Hälften bestehenden Uterus, dessen kleinerer links durch einen kurzen und dicken Hals mit der rechten zusammen-

hing. Diese bildete einen kugligen faustgrossen Tumor, deren Wand fast 1 Zoll dick war. Die Höhle war enteneigross, die rechte Hälfte communicirte mit der linken durch eine für die Spitze des kleinen Fingers durchgängigen Oeffnung. Die Wand der linken Uterushälfte war viel dünner. Die linke Tuba war 10 Zoll lang geschlängelt, verdickt in ihren Wandungen und im unteren Ende mit derselben Flüssigkeit bedeutend angefüllt, welche nach der Operation aus dem Uterus entleert wurde. Ausserdem hatte die Tuba ein Loch, durch welches sich ein Theil des angesammelten Menstrualblutes in die Bauchhöhle entleert hatte, eine Communication der linken Tuba mit der entsprechenden Uterushälfte war durchaus nicht aufzufinden. Weder eine Vaginalportion noch ein Muttermund war am Uterus nachweisbar, die einzige in denselben führende Oeffnung war die durch die Operation gemachte.

Die Krankengeschichte unseres Falles ist folgende:

G. W. wurde im März 1855 zu Rottweil geboren. Ihr Vater starb im Nov. vorig. Jahrs an einem Lungenleiden, ihre Mutter lebt und ist gesund. Von 11 Geschwistern starben 5 frühzeitig, die 6 Lebenden sind sämmtlich gesund und wohlgebildet.

Pat. selbst war bis zu ihrem 13. Lebensjahr vollständig gesund gewesen. Um diese Zeit stellten sich bei ihr zeitweise Leibschmerzen ein, die öfters einige Stunden anhielten, und besonders beim Uriniren auftraten. Sie hatten ihren Sitz vorzugsweise auf der rechten Seite, während hier bei tiefem Druck mit der Hand weder Schmerz eintrat, noch sich eine Geschwulst nachweisen liess. Die als drückend, brennend bezeichneten Schmerzen dauerten auch nach der Entleerung dss Harns einige Zeit fort. Darüber weiss Pat. leider nichts anzugeben, ob bei dem Auftreten der Schmerzanfälle etwa regelmässige Intervalle, die auf menstruale Vorgänge sich zurückführen liessen, zu bemerken waren.

Ende Februar 1869 wurde ein Arzt wegen der Schmerzen zu Rath gezogen, welcher Pillen verordnete, worauf dieselben 5 Wochen ausblieben. Eine Untersuchung wurde von ihm nicht vorgenommen. In der Folge steigerten sich jedoch die Urinbeschwerden und das Grimmen im Bauch sehr bedeutend; warme Breiumschläge gewährten vorübergehende Linderung.

Anfang Mai 1869 trat die Menstruation zum ersten Mal ein.

Während des 3tägigen sparsamen Blutabgangs waren nur mässige Schmerzen vorhanden; die folgenden 8 Tage waren sogar ganz schmerzfrei. Darnach traten wieder einzelne leichtere Schmerzanfälle auf.

Nach 7 Wochen trat die 2. Menstruation ein, nachdem in der vorausgehenden Woche die Schmerzen beträchtlich zugenommen hatten. Die Blutung war wiederum schwach und von 4tägiger Dauer. Ihr folgte eine 14tägige fast schmerzfreie Zeit. Die 3. Menstruation erfolgte erst 13 Wochen später, während welcher Zeit die Schmerzanfälle immer heftiger und häufiger wurden und besonders in den Tagen, wo die Menstruation erwartet wurde, einen sehr hohen Grad erreichten.

In diesem Zeitraum bemerkte Pat. zum ersten Mal das Vorhandensein einer Geschwulst, genau an der Stelle, wo sie immer das Grimmen verspürte. Sie schildert die damalige Grösse über Hühnerei gross, ausserdem soll sie rund, bei Druck nur mässig empfindlich, und hin und her beweglich gewesen sein. Der Tumor lag ganz auf der rechten Seite, dicht über der Hüftbeuge.

Zu den sich immer mehr steigernden Beschwerden beim Uriniren gesellten sich nun auch beim Stuhlgang heftige, drückende Schmerzen im After und im Kreuz hinzu; dabei nahmen die Fäces eine bandartige, breite Form an. Anfangs October constatirte der behandelnde Arzt eine beträchtliche Zunahme der Geschwulst. Er sprach die Vermuthung aus, dass eine Eierstocksgeschwulst vorhanden sei. Ende dieses Monats zeigte sich die Periode wieder, und dauerte $1^1/_2$ Tage ohne besondere Beschwerden an. Einige Tage darnach fand der Arzt bei einer abermaligen äusseren Untersuchung, dass die Geschwulst neuerdings beträchtlich zugenommen hatte. Von November an wurden die Schmerzenanfälle so heftig und anhaltend, dass Pat. beständig das Bett hüten musste und nur wenige Stunden des Tages schmerzfrei waren.; Pat. magerte dabei auffallend ab. Vom 18.—20. Nov. hatte Pat. wieder ihr Menses, wobei die Geschwulst fast um die Hälfte zugenommen haben soll; nachher habe wieder eine geringe Abnahme stattgefunden.

Am 23. November 1869 wurde W. in die hiesige chirurgische Klinik aufgenommen, wo sie bis zum 18. Februar 1870 in Be-

handlung und Beobachtung blieb. Die näheren Notizen über diese Zeit entnehme ich einer von dem damaligen Assistenzarzt Herrn Dr. Bever sorgfältig ausgearbeiteten Krankengeschichte, welche Herr Prof. Dr. v. Bruns mir zu Vervollständigung meiner Arbeit zu überlassen die Güte hatte.

Status praesens im Nov. 1869: Kleine, wenig entwickelte Blondine. Schleimhäute etwas bleich. Brustorgane normal. Kein Fieber. Die Mamma ist in beginnender Entwicklung, ebenso die Pubes. Die Rima pudendi ist durch die grossen Labien fest geschlossen.

Der Bauch zeigt sich auf der rechten Seite stark aufgetrieben. Die Palpation ergibt hier eine gleichmässig rundliche, stumpfeiförmige, etwas bewegliche Geschwulst, welche die rechte Unterbauchgegend vollständig ausfüllt, mit ihrem abgerundeten oberen Ende den Nabel überragt, während das schmälere untere Ende sich hinter dem Schambein in das Becken herab verfolgen lässt. Der ganze Tumor verläuft von oben aussen nach unten innen, ausschliesslich auf der rechten Seite. Oberhalb und zu beiden Seiten des Tumor ergibt die Percussion Darmton, auf demselben ist der Ton absolut gedämpft. Beim Anschlagen undeutliche Fluctuation. Bei Lagerung der Kranken auf die linke Seite lässt sich der Tumor mit seiner Mittellinie fast bis zur linea alba verschieben; wo vorher der Tumor lag, ist nunmehr Darmton vorhanden. Die äussern Genitalien sind normal, jungfräulich. Führt man den Finger in die Vagina ein, was durch den intakten, ringförmigen Hymen sehr erschwert ist, so stösst man in der Tiefe von etwa 3 Ctm. auf eine kuglig vorgewölbte, prall gespannte, vorzüglich nach rechts gelagerte Geschwulst, welche beim Anschlagen von Aussen deutlich fluctuirt. Die Vaginalportion ist nicht zu erreichen. Im Rectum findet man etwa 4 Ctm. über dem Sphincter die vordere Darmwand gegen die Kreuzbeinaushöhlung straff angedrängt.

Einige Tage später kann man durch den allmälig dilatirten Hymen bis zum kleinen stark nach links dislocirten Muttermund dringen, während rechterseits eine Geschwulst das Scheidengewölbe kuglig vorwölbt, und in die auf diese Seite vollständig verstrichene Vaginalportion übergeht. Diese ist, da auch linkerseits der Fornix wenig ausgebildet ist, nur durch die wenig vorspringenden

Muttermundslippen angedeutet. Die Scheidengeschwulst ist etwa apfelgross.

Die Sondirung des Uterus ergibt eine normale Länge desselben, aber mit starker Linkslagerung. Ende November traten auf der rechten Seite heftige Cruralneuralgien auf, so dass Pat. kaum auftreten kann.

Am 5. Dec. wird von der Vagina aus an der hervorragendsten Stelle des prallgespannten Tumors, der vom Schambein bis zu seinem Grund eine Länge von 12 Ctm. und in der Höhe der Spina ilei, an welche er sich anlehnt, eine Breite von 8 Ctm. zeigt, eine Probepunktion gemacht und hierauf mittelst einer Aspirationsspitze 50 Grm. dunkelrothen, schmierigen, geruchlosen Blutes entleert. Eine halbe Stunde, nachdem die angewandte Hohlnadel entfernt ist, beginnt die Stichöffnung spontan theerartiges Blut zu entleeren, was 5 Stunden lang anhält. Beim Auflegen der Hand ist deutlich ein zeitweiliges spontanes Festerwerden des Tumors zu beobachten. Pat. selbst hat keine Empfindung davon. Die abgeflossene Masse betrug gegen 1 Pfund und darnach war eine bedeutende Abnahme der Geschwulst zu bemerken. Sie zeigt jetzt eine mehr längliche Form, ist weniger prall, und besonders ist der in der Vagina liegende Theil schlaffer.

Pat. fühlt bedeutende Erleichterung und befindet sich unmittelbar darnach und am folgenden Tage wohl. Allein schon nach zwei Tagen ist wieder ein deutliches Wachsen der Geschwulst zu bemerken und die Schmerzen treten von Neuem, besonders gegen Abend, mit grosser Heftigkeit auf.

In der Nacht auf den 9. traten Fiebererscheinungen auf, zugleich sind sehr heftige Schmerzen im Bauch und im Kreuz, die besonders nach dem linken Oberschenkel und selbst bis zur linken Achsel ausstrahlen, vorhanden. Der Bauch ist in seiner ganzen Ausdehnung empfindlich. Der Urin muss mit dem Katheter, der sich durch die stark verengte Urethra nur mit Mühe einführen lässt, entleert werden. Der Tumor in der Vagina drängt sich bis hinter den Hymen vor, die Vaginalportion ist nicht zu erreichen. Die Geschwulst fühlt sich härter an und nur an einer kreuzergrossen Stelle ist deutliche Fluctuation zu bemerken, an welcher gegen Abend eine neue Punktion vorgenommen wird. Vor der-

selben ist die Ausdehnung der Geschwulst grösser, als vor der ersten Punktion. Der Troikar wird etwa 2½ Ctm. tief eingestossen und es springt aus der Kanüle in weitem Bogen eine ganz ungewöhnlich stinkende Flüssigkeit heraus. Der Ausfluss aus der Kanüle, welche liegen bleibt, hört erst nach sechs Stunden völlig auf, nachdem sich im Ganzen gegen 800 Gramm entleert haben. Contractionen werden diesmal nicht wahrgenommen.

Da die Kanüle in der folgenden Nacht herausfällt und eine Sonde sich durch die Punktionsstelle nicht einführen lässt, nimmt der Tumor in den folgenden Tagen rasch wieder zu. Dabei ist Appetitlosigkeit und hartnäckige Stuhlverstopfung vorhanden, welche trotz Clysmen und Laxanzen drei Tage lang anhält; ausserdem leichter Tympanites und starkes Foetor ex ore.

Am 14. trat, nachdem in der Nacht spontan über 100 Gramm gelbröthliche, dünneitrige Flüssigkeit abgeflossen waren, ein heftiger Frost ein, dem Abends noch mehrere folgten. Haut und Zunge trocken, letztere rissig, braun. T. 39,5. P. 110.

Am 15. und 16. dauern die septischen Erscheinungen in ziemlich hohem Grad fort, die Kranke magert ab; es tritt ein leichter Icterus der Haut und der Conjunctiva auf. Am 16. wird unter Leitung des Speculum ein dünner elastischer Katheter eingeführt, und nun durch Aspiration verbunden mit Injection von lauem Wasser eine ungemein stinkende, graugelbe, mit einzelnen Fetzen vermischte Jauche entfernt.

21. Die septischen Erscheinungen haben nachgelassen und das Aussehen der Kranken hat sich wieder wesentlich gebessert. Täglich werden mehrere Einspritzungen mit verdünntem Aqua chlori durch einen Katheter, der stets liegen bleibt, gemacht. Der Katheter lässt sich etwa 9 Ctm. tief in die Punktionsöffnung einführen, dabei bleibt er häufig an einer bestimmten Stelle hängen, und dringt nur nach längerem Drehen tiefer ein. Stärkere Nummern als Katheter Nro. 3 wurden nie eingeführt. Schmerzen sind selten vorhanden, meist nur, wenn der Katheter durch Gerinnsel verstopft ist. Stuhlgang und Uriniren gehen ohne Beschwerden vor sich.

Eine eigentliche menstruale Blutung aus der Punktionsöffnung wurde nicht beobachtet, jedoch zeigte sich bei beiden Men-

struationen, die während des Aufenthalts der Patientin im Krankenhaus noch beobachtet wurden, der Tumor rechts wieder deutlicher fühlbar, der Eiterausfluss reichlicher und etwas röthlich gefärbt.

Am 18. Februar 1870 ging Pat. in ihre Heimath.

Der Tumor war damals rechts von der Mittellinie am Eingang vom grossen in's kleine Becken, von aussen noch zu fühlen, in der Grösse eines kleinen Eies. In der Vagina hatte sich bald, nachdem das rechte Scheidegewölbe nicht mehr vorgewölbt war, eine deutliche Vaginalportion ausgebildet, welche nach rechts sich nicht deutlich abhob, während nach links ein normaler Fornix vorhanden war.

Zu Hause legte die Pat., welche den Katheter selbst einzuführen gelernt hatte, ihn in der ersten Zeit noch bei Nacht ein, bald aber unterliess sie auch dieses. Durch die Oeffnung, welche trotzdem durch mehrere Monate sich offen erhielt, ging noch immer eine ziemliche Menge Eiter ab. Die Menstruation trat in der Regel zu früh ein, und war meist von erheblichen Beschwerden begleitet.

Im Juni 1870 verwuchs die Oeffnung und der Tumor zeigte sich wieder, weshalb W. sich auf einige Tage auf der chirurgischen Klinik einstellte. Er wurde an der früheren Stelle wieder eingestossen und der Eiter entleert. Mit der Knopfsonde konnte man 6 Ctm. tief in die Punktionsöffnung eindringen, während von aussen und ganz in der Tiefe der scheinbar höckerige Tumor fühlbar war.

In der Folge litt Pat. wieder häufig an Krämpfen und Unterleibsschmerzen. Im Sommer 1871 hatte sie einen 14tägigen Blutverlust, nachdem vorher die Geschwulst auf der rechten Seite wieder deutlich fühlbar geworden war.

Nachdem die Stichöffnung schon einige Zeit grosse Neigung zur Verwachsung gezeigt hatte, verschloss sie sich Anfangs August 1871 wieder auf drei Tage vollständig, weshalb Pat. sich auf die gynäkologische Klinik des Herrn Prof. Säxinger aufnehmen liess. Die Geschwulst erstreckte sich bei ihrer Aufnahme wieder $7\frac{1}{2}$ Ctm. nach aufwärts von der Symphyse; war glatt und dunkel fluctuirend. Auch das rechte Scheidengewölbe war wieder kuglig vorgewölbt, so dass die Vaginalportion nur mit Mühe zu erreichen war; die künstliche Perforationsöffnung war nicht aufzufinden.

Ein am Abend ihres Eintritts vorhandenes hochgradiges Fieber fand am folgenden Tag seine Erklärung in einem ausbrechenden Pockenexanthem, weshalb sie in's Pockenhaus gebracht wurde.

Wegen Abwesenheit des Herrn Prof. Säxinger während der Herbstferien, wurde über diese Zeit kein operativer Eingriff unternommen.

Fast täglich fand gegen Abend und während der Nacht, nachdem in den Nachmittagsstunden die Schmerzen sich bedeutend gesteigert hatten, ein reichlicher, bald mehr rein eitriger, bald mehr jauchiger Ausfluss statt, nicht selten im Betrag von $^1/_2$—1 Schoppen, worauf Pat. sich gegen Morgen wieder verhältnissmässig wohl fühlte. Späterhin wurde sie auch Morgens von Schmerzen befallen. Die meiste Zeit sass sie in halb aufrechter Stellung im Bett, den rechten Oberschenkel, in welchem die Schmerzen besonders stark waren, krampfhaft an den Leib angezogen. Dabei nahm der Appetit der Kranken, der sonst stets gut war, bedeutend ab und sie kam sichtlich von Kräften. Häufig angewandte Morphium-Injectionen blieben bald ohne Erfolg, dagegen schaffte ihr ein Versuch mit Bromkalium und Cannabis Indica mehrtägige Erleichterung.

Gegen Ende Oktober hörte die Eitersecretion einige Tage ganz auf, ohne dass Schmerzen auftraten, mit Ausnahme eines zeitweisen lästigen Drängens gegen den After. Der Tumor war dabei durch die Bauchdecken nicht zu tasten, und selbst tiefer Druck machte keine Schmerzen. Bei der inneren Untersuchung stand die Portio vaginalis fast in der Mitte, das linke Scheidengewölbe war frei, das rechte faltig und gewulstet. Die etwas schmerzhafte Sondirung des linken Uterus liess die Sonde in der früher angegebenen Richtung 6 Ctm. tief eindringen. Beim Versuch, die Sonde nach rechts zu drehen, stiess man sogleich auf ein Hinderniss. Bei der Specularuntersuchung zeigte sich etwa 2 Ctm. nach rechts und etwa nach vorn von dem völlig normal geformten, jungfräulichen Muttermund die kleine mit klaffenden etwas wulstigen Rändern versehene Punktionsöffnung. Eine Knopfsonde drang jedoch in derselben nur 1 Ctm. tief ein.

Am 11. Nov. traten unter heftigen Beschwerden die Menses ein und dauerten drei Tage in spärlichem Masse.

Anfangs Dezember steigerten sich die Beschwerden in sehr bedeutendem Grade, die Geschwulst war wieder apfelgross und es entleerte sich, meist bei Nacht, ein gelber, stinkender, nicht selten mit etwas Blut vermengter Eiter in beträchtlicher Menge.

Am 5. d. M. gelang es nach wiederholten vergeblichen Versuchen endlich, während sich eben Eiter in die Scheide ergoss, eine Haarsonde anfangs 4 Ctm., späterhin 8 Ctm. einzuführen. Während der Sondirung entleerte sich theils tropfenweise, theils in starkem Strahl gegen einen Schoppen Eiter. Eine stärkere Sonde einzuführen gelang nicht. Der Tumor war nach dem Eiterabgang bedeutend weniger gespannt und kleiner, und die Punktionsöffnung befand sich darnach fast in gleicher Höhe mit dem Muttermund.

Da der über Nacht eingelegte Laminariastift nicht die gewünschte Erweiterung erzielt hatte, so wurde am 6. unter der Leitung der Sonde mit einem langen schmalen zweischneidigen Messer die Fistelöffnung nach rechts und links hin ausgiebig erweitert, worauf sich ein elastischer Katheter Nro. 4 einführen liess. Durch denselben entleerten sich sofort über 100 Gramm Eiter.

In den folgenden Tagen wurden durch Katheter Nro. 5 mit einer sehr verdünnten Carbolsäure-Lösung täglich mehrere Einspritzungen gemacht, wobei die Flüssigkeit jedesmal sogleich mit etwas Eiter vermischt wieder abfloss. Während am 3. u. 4. d. M. aus dem Muttermund Menstrualblut abgegangen war, wobei allerdings auch die Beschwerden von Seiten der rechten Hälfte sich gesteigert hatten, entleerte sich am 10. unter mässigen Schmerzen aus dem Katheter mit Eiter vermischtes Blut in ziemlicher Menge, während am Muttermund spärlicher völlig klarer Cervicalschleim zu sehen war. Auch der reichlich secernirte weisse Vaginalschleim war ohne blutige Färbung.

In der Menge des abgehenden Eiters ist allmälig eine beträchtliche Abnahme zu bemerken, er beträgt im Lauf eines Tages bald kaum mehr als 1—2 Esslöffel, mitunter stockt er auch ganz. Die Einspritzungen, bei welchen anfangs über 30 Gramm ohne jegliche Empfindung von Seiten der Pat. injicirt werden konnten, müssen allmälig kleiner und häufiger gemacht werden, da Pat.

schon bei Injection von 15 Gramm Schmerz empfindet. Die Pat. fühlt sich dabei ganz wohl und ist den Tag über ausser Bett.

Nachdem bis zum 26. nichts Wesentliches eingetreten ist, bemerkt Pat. an diesem Tage, dass ihr Blut abgeht.

Bei der Untersuchung entleert sich aus dem Muttermund blutiger Schleim und reines Blut. Aus dem Katheter, welcher auffallend fest steckt, geht nichts ab. Eingespritztes laues Wasser fliesst nach einigem Drehen des Katheters blutig gefärbt ab. Plötzlich empfindet die Pat., die zuvor keine menstrualen Beschwerden gefühlt hatte, sehr lebhafte Schmerzen, und der bis dahin fest gekeilte Katheter wird in das vorgestellte Gefäss geschleudert. Im Auge desselben sitzt ein langes Blutgerinnsel. Mit leichter Mühe gleitet eine Kupfersonde, welche einzuführen bis dahin nie gelungen war, 6,8 Ctm. tief ein, und zwar ganz in entsprechender Richtung wie links gegen die rechte Synarthrosis sacro-iliaca hin. Die gleichzeitig in das linke Horn eingeführte Sonde zeigt eine Länge desselben von 7 Ctm. Der Versuch, die beiden durch die Bauchdecken fühlbaren Sondenknöpfe einander zu nähern, gelingt nur in geringem Grad. Der äussere Abstand derselben beträgt 11 Ctm. Bei gleichzeitiger Untersuchung per rectum fühlt der zwischen beide Sonden eingelegte Finger deutlich, dass beide Hälften völlig von einander getrennt sind, und dass bei versuchter Bewegung der Sonden gegen einander eine starke Scheidewand zwischen ihnen sich befindet.

Während der drei Tage anhaltenden Menstruation wird Pat. nicht weiter untersucht. Bei dem folgenden Versuch, einen Katheter einzulegen, zeigt sich das rechte Uterushorn deutlich anteflectirt, während das linke sich anscheinend normal erhält; das rechte Horn ist dabei von aussen leichter zu tasten als das linke.

Was die Dicke des eingelegten Katheters anlangt, so war die stärkste Nummer, welche anhaltend getragen werden konnte, Nro 6.

Eine Sondenuntersuchung am 10. Jan. ergibt für das rechte Horn eine Länge von 6,5 Ctm. Bei bimanueller Untersuchung lassen sich beide Hörner deutlich zwischen den Fingern tasten und bewegen, ohne dass Pat. irgend welchen Schmerz empfindet, zugleich lässt sich bei tiefem Eingehen mit der äusseren Hand oberhalb der Symphyse ein ganz kurzes Mittelstück constatiren.

Diesmal zeigt auch das linke Horn eine leichte Anteflexion. Das linke Vaginalgewölbe ist deutlich ausgebildet, nach rechts hin ist die Vaginalportion durch einige Längsfalten gegen die künstliche Perforationsöffnung hin abgetrennt. Durch das abgeflachte rechte Vaginalgewölbe hindurch fühlt man eine deutliche Härte, welche ohne Zweifel dem rechten Vaginaltheil entspricht.

Mitte Januar 1872 wurde Pat. aus der Klinik entlassen, blieb aber auch seither unter Beobachtung. Sie konnte bis jetzt (Juli 1872) ohne jegliche Störung ihrer Beschäftigung nachgehen. Die Menstruation trat stets regelmässig und ohne Beschwerden ein. Die Blutung erfolgte dabei, wie durch mehrmalige Untersuchung während der Periode constatirt wurde, aus beiden Oeffnungen in gleicher Weise. Eine Vergrösserung des einen oder anderen Uterushornes war nicht nachzuweisen.

Eiter ging seither keiner ab. Ein leichter Fluor albus dauert wohl in Folge eines noch bestehenden leichten Reizzustandes des Uterus und der Vagina fort. Die Punktionsöffnung stellt sich jetzt eher etwas weiter dar, als bei ihrer Entlassung; jedenfalls ist von Tendenz zur Verwachsung nichts zu bemerken, trotzdem dass derselben seither in keiner Weise entgegengewirkt wurde. Es lässt sich somit die Heilung mit vollem Recht als eine vollständige ansehen.

Insofern von mehreren Autoren angegeben wird, dass das Vorhandensein eines Uterus duplex sich nicht selten durch eine auffallende Breite des Gesichts und wohl auch der Schultern und Hüften bekunde, und deshalb bei den erwähnten Fällen sich meist eine Angabe in dieser Beziehung findet, so lasse ich die Masszahlen für unsern Fall noch nachträglich folgen. Pat. will zwar die breiteste unter ihren Geschwistern sein, allein weder ist von Seite des Gesichtes eine auffallende Breite vorhanden, noch zeigen die sonstigen Masse sich als besonders gross.

Bei einer Körperlänge von 149 Ctm. beträgt die Schulterbreite 32 Ctm., der Beckenumfang 84 Ctm., der Abstand beider Trochanteren von einander 31,8, beider Cristae 27 und beider Spinae 25 Ctm., lauter Zahlen, welche sich nicht über das Mittelmass erheben.

Kaum ist es nöthig, nach der ausführlichen Beschreibung des

Beginns und Verlaufs der Krankheit, verbunden mit dem durch häufige Untersuchungen bestätigten objectiven Befund, zur Begründung der Diagnose: Uterus bicornis septus mit Atresie der rechten rudimentären Scheidenhälfte und daraus hervorgegangener einseitiger Haematometra und Haematokolpos, die sich nachher in Pyometra und Pyocolpos verwandelten, weitere Worte zu verlieren. Diese Diagnose wurde von Herrn Professor Dr. Säxinger vor der Operation des Falles aus der Anamnese, dem Decursus morbi und dem objectiven Befund mit aller Bestimmtheit gestellt. Konnten wir doch durch die bimanuelle Untersuchung sowohl, als durch die Einführung der Sonden in beide Uterushälften auf's Sicherste constatiren, dass wir einen exquisiten Uterus bicornis vor uns haben, dessen beide Hörner nur mit einem sehr kurzen gemeinsamen Mittelstück, das nicht weit über den Cervix hinaufreicht, mit einander verbunden sind. Beide Hörner stossen unter einem sehr stumpfen Winkel zusammen, was schon aus dem Abstand ihrer Enden (11 Ctm.) im Vergleich zu ihrer Länge (6—7 Ctm.) mit Sicherheit sich folgern lässt. In ihrem gemeinsamen Theile sind sie nicht durch ein einfaches dünnes Septum von einander getrennt, sondern sie stellen zwei vollständig von einander geschiedene, nirgends mit einander communicirende Uterushälften dar, mit doppeltem Cervix und doppelter Vaginalportion. Das Scheidenrudiment, welches das obere Drittel der rechten und vorderen Scheidenwand mit ihrem Gewölbe umfasst, ist von der offenen Scheide gleichfalls durch ein ziemlich starkes Septum abgetrennt. In diesem Blindsack fand wohl zuerst die Ansammlung des Blutes statt, und erst allmälig nahm auch der Cervix und die Uterushöhle an der Ausdehnung Antheil, wodurch sich das frühe Auftreten der Harn- und Stuhlbeschwerden, lange bevor sich von Aussen eine Geschwulst nachweisen liess, am Besten erklärt. Das mit dem Beginn der Menstruation deutlich zusammenhängende Auftreten und das mehrmals beobachtete rasche Wachsen der Geschwulst zur Zeit der Periode liessen, ganz abgesehen von der bei der Punktion entleerten Masse, mit Sicherheit auf eine Blutansammlung schliessen. Die nach der Punktion eintretende Umwandlung der Innenwand der Geschwulst in eine eitersecernirende Fläche hat, besonders

nach dem bei Breisky's Fällen beobachteten Vorgang, nichts Unklares.

Dass die Geschwulst dem Uterus selbst angehörte, zeigen, abgesehen von der direkten Untersuchung, die bei der ersten Entleerung eingetretenen deutlichen Contractionen und vor Allem die späterhin zweifellos sicher erwiesene gleichzeitige Menstruation aus der künstlichen Punktionsöffnung, bei gleichzeitigem Blutabgang aus dem linken Uterus.